



COMUNE DI TREZZANO SUL NAVIGLIO

Modulo
Al comune di TREZZANO SUL NAVIGLIO
Ufficio di Stato Civile
Intestatario

Iscrizione al registro comunale delle Dichiarazioni Anticipate di Trattamento – D.A.T.

(art.4 della legge 22 dicembre 2017, n.219)

Io sottoscritto/a nome _____ cognome _____
nato/a a _____ il _____
residente a Trezzano sul Naviglio in via/piazza _____
codice fiscale _____
documento d' identità n° _____
tel. _____ mail _____
agli effetti dell' art.47 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n.445, consapevole delle responsabilità penali nelle quali posso incorrere in caso di dichiarazioni mendaci ai sensi dell' art. 76 del decreto sopracitato,

dichiaro

- ☐ di consegnare la mia Dichiarazione Anticipata di Trattamento contenente la mia volontà in materia di trattamenti sanitari, non che il consenso informato o il rifiuto rispetto ad accertamenti diagnostici o scelte terapeutiche ed a singoli trattamenti sanitari, in busta chiusa e sigillata al comune di Trezzano sul Naviglio e di avere a tale scopo utilizzato l' apposito modello predisposto dal Comune stesso, integro in tutte le sue parti;
- ☐ di aver inserito nella busta, insieme alla DAT, copia di un mio valido documento d' identità e copia di un valido documento di identità del fiduciario di seguito indicato che farà le mie veci e mi rappresenta nelle relazioni con il medico e con le strutture sanitarie, che ha accettato la mia nomina;
- ☐ che il fiduciario e il sig./sig.ra nome _____ cognome _____
- ☐ di aver consegnato al fiduciario una copia della DAT;
- ☐ di essere a conoscenza che l' incarico di fiduciario potrà essere revocato in qualsiasi momento con le stesse modalità previste per la nomina e senza obbligo di motivazione;
- ☐ di essere a conoscenza che le DAT possono essere rinnovabili, modificabili e revocabili in ogni momento;
- ☐ di essere a conoscenza che nel caso in cui il fiduciario indicato vi rinunci o sia divenuto incapace o sia deceduto, la DAT mantiene efficacia in merito alla mia volontà;
- ☐ di non aver indicato alcun fiduciario e di essere informato che in caso di necessità il giudice tutelare provvederà alla nomina di un amministratore di sostegno, ai sensi del capo I del titolo XII del libro I del codice civile;
- ☐ di essere consapevole che ai sensi del D.lgs. 30 giugno 2003, n.196 (Codice in materia di protezione dei dati personali) il trattamento delle informazioni rese, effettuabile anche con strumenti informatici, sarà eseguito esclusivamente nell' ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene da me rilasciata e sarà improntato a principi di correttezza, liceità, trasparenza, nella tutela del diritto alla riservatezza;
- ☐ di accettare che la copia della mia DAT venga trasmessa in elettronico alla Banca dati nazionale presso il Ministero della Salute (D.M. 10/12/2019, n.168);
- ☐ di NON accettare che la copia della mia DAT venga trasmessa in elettronico alla Banca dati nazionale presso il Ministero della Salute (D.M. 10/12/2019, n.168)

Trezzano sul Naviglio, _____

Firma **intestatario** _____

Firma **fiduciario** _____

Parte riservata all'ufficio

Identificazione dell'intestatario

La presente dichiarazione è stata sottoscritta da _____

di fronte all' ufficiale di stato civile, previa identificazione con documento _____

n° _____ rilasciato da _____ il _____

registrazione n° _____

data _____

Trezzano sul Naviglio, _____ Timbro e firma _____